



BULLETIN D'INSCRIPTION

PREPARATION MON PROJET INFIRMIER

NOM - Prénom :

Adresse :

CP / VILLE :

Téléphone : Mail :

Diplôme obtenu : Année :

Pour les personnes salariées :

Fonction : Etablissement :

Adresse :

Téléphone : Mail :

Formation prise en charge par l'établissement : à titre individuel :

SOCLE COMMUN OBLIGATOIRE – 875 €uros

Puis Choix du ou des modules :

- | | |
|---|-----------|
| <input type="checkbox"/> Aptitudes et raisonnement numérique – renforcement | 240 €uros |
| <input type="checkbox"/> Expression écrite | 240 €uros |
| <input type="checkbox"/> Sciences humaines et sociales | 150 €uros |
| <input type="checkbox"/> Cycles de la vie et grandes fonctions | 150 €uros |
| <input type="checkbox"/> Expression orale | 150 €uros |

SOIT UN TOTAL de €uros pour l'ensemble des modules choisis

Bulletin à retourner avec votre règlement à
Institut de Formation en Soins Infirmiers
Département de Formation Continue
CS 20100
38521 SAINT EGREVE CEDEX

Pour valider votre inscription, renvoyer ce bulletin accompagné
d'un chèque d'acompte d'un montant de 30 % du total de la
formation choisie
à l'ordre du
Trésorier Principal de Saint-Egrève